

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

N°

692

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Elie DARMONI

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 22 Août 1929 à SOUSSE (Tunisie)

présentée et soutenue publiquement le

LES PERITONITES TUBERCULEUSES DE L'ADULTE

*(Remarques cliniques sur l'aspect actuel des cas
observés chez les Métropolitains
et chez les sujets originaires de l'Afrique du Nord)*

Président : Monsieur DEPARIS (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI'

1957



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:

Année 1957

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Elie DARMONI

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 22 août 1929 à Sousse (Tunisie)

--:

Présentée et soutenue publiquement
le

--:

LES PERITONITES TUBERCULEUSES DE L'ADULTE

(Remarques cliniques sur l'aspect actuel
des cas observés chez les métropolitains
et chez les sujets originaires
de l'Afrique du Nord)

--:

Président : Monsieur DEPARIS (Professeur)

--:

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1957.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN.....Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR.....Jean VERNE

I. PROFESSEURS

	MM
Anatomie.....	CORDIER
Anatomie pathologique.....	DELARUE
Bactériologie.....	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education) phys. et aux Sports)	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale.....	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale.....	BERNARD J
Carcinologie.....	N.
Chimie Méd.....	JAYLE
Hôtel Dieu.....	BROCQ
Broussais.....	G.d'ALLAINES
Salpêtrière.....	MOULONGUET
Cochin.....	QUENU
Clinique Chir. réparatrice et) orthop.)	{ MERLE d'AUBI- GNE
Clinique de Cardiologie.....	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et d'orthop.....	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.....	MONOD
Clinique de la Tuberculose.....	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.....	{ PETIT- DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.....	LELONG
Clinique des maladies cutanées) et syphilitiques)	DEGOS
Clinique des mal. du sang.....	CHEVALLIER
Clinique mal. du système nerv.....	ALAJOUANINE

Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO
	BARIETY
	J. BESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Cliniques Médicales	
Clinique méd. hydro-climat. thér.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V.-R.
	LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	VARANGOT
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	CATHALA
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physico-chimie méd. (ch. t. pers)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c. t. pers)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

LI. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

MM.

Anatomie (CABROL
DEBEYRE
DELMAS
OLIVIER G.

(DUBOST
FAUREL
FLABEAU
GERMAIN
GOSSET

Ana. Path. (Melle GAU-
THIER V.
BUSSER
GOUYGOU

Pat. Chir. (LAURENCE
LORTAT-JACOB
MATHEY

Bactério- } (CHRISTOL
logie } (NEVOT

(OLIVIER (Cl)
POILLEUX
THOMERET

Biol. méd. (BOURLIERE

(VERNE (J M)

Chimie méd. (ETTORI
(POLONOVSKI J

Pat. expé-
riment.

(MAURICE
LOEPER
BOUVIER

Dermato-syphil. (DUPERRAT
Embryologie (TUCHMANN

(BOUDIN
BRICAIRE
BRISSAUD
CASTAIGNE

Histologie (BULLIARD
(COUJARD

(N...
CORNET
BOYER

Hydrologie (BOYER

Hygiène (DEPARIS

Mal. infect. (BASTIN

Médecine } (DEROBERT
légale et } (GAULTIER
du Trav. } (HADENGUE

Pat. méd.

(DOMART
LAMOTTE
LAROCHÉ
MACREZ
MILLIEZ

Neurochir. (DAVID

Neurologie (LHERMITTE

(PEQUIGNOT
PERRAULT
RAMBERT
ROYER
THIEFFRY
TURIAF

(GRASSET
LE LORIER
LEPAGE

Obstétrique (MERGER
(MORIN

(WOLFRAMM

(RAVINA
ROBEY

Ophtalmo- } (BREGEAT
logie } (DESVIGNES

Pédiatrie (POLONOVSKI Cl.
MOZZICONACCI

Orthopédie (JUDET

Pharmacol. (Melle LEVY
(CHEYMOL

Oto-rhino- } (AUBRY
laryngo. } (MADURO

Parasito. (BRUMPT

Parasito. col. (CHABAUD

Physiol. (BARGETON
DEJOURS
PARROT

(ABOULKER
BARCAT

Pat. chir. (BAUMANN

Physique (DJOURNO
médicale (GOUGEROT

(CAUCHOIX

Pneum. phis. KREIS

MM.		MM.	
Psychiatrie	{ BARUK	Stomato	{ CHAPUT Mme
	{ PICHOT		{ CERNEA
Psych. infant.	MICHAUX	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELBARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Clinique chir	{ AMELINE	Urologie	{ COUVELAIRE
	{ HUGUIER		{ BROUET
	{ LEGER		{ DREYFUS
	{ PADOVANI	Clinique mé.	{ FAUVERT
	{ ROUX		{ HAGUENAU
Clinique } obstét. }	{ RUDLER		{ HAMBURGER
	{ SICARD		{ KOURILSKY
Clinique } ophtal }	{ ECALLE		{ MARCHAL
	{ MAYER		{ SOULIE
	{ OFFRET		
	{ RENARD		

Secrétaire de la Faculté..... M. MOREL
Secrétaire-Adjoint..... Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef..... Dr HAHN
Conservateur..... Melle GOICHON
..... Melles DUMAITRE
Bibliothécaires..... LE NOIR
..... METIN
..... QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don-
ner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

Qui, avec le sourire, ont accepté
tant de sacrifices.

A Monsieur le Professeur DEPARIS,

Professeur à la Faculté de Médecine
de Paris,

Médecin des Hôpitaux,

Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse,
En témoignage de notre profonde
admiration.

A mes Maîtres,

Avec toute ma reconnaissance.

A mes Amis

LES PERITONITES TUBERCULEUSES DE L'ADULTE

(Remarques cliniques sur l'aspect
actuel des cas observés chez les
Métropolitains et chez les sujets
originaires de l'Afrique du Nord)

INTRODUCTION

-:-

Alors qu'avant la guerre 1939-45, dans les services hospitaliers parisiens, il était fréquent d'observer des péritonites tuberculeuses, depuis, ces affections se font de plus en plus rares, et nos Maîtres furent souvent embarrassés pour nous enseigner, "au lit du malade", les principaux caractères de ces maladies.

Dans le cadre de la tuberculose, en particulier, il devient difficile de grouper un nombre intéressant de péritonites tuberculeuses dans un même service. Entre 1954 et 1957, dans le service de Monsieur le Professeur DEPARIS, on relève quatre cas de Péritonites tuberculeuses. Sur ce petit nombre, un seul cas de péritonite est survenu chez une jeune femme de la métropole et trois cas chez des sujets Nord-Africains transplantés en France.

Pourquoi la péritonite tuberculeuse se fait-elle rare ?

Pourquoi la rencontre-t-on chez les sujets originaires de l'Afrique du Nord essentiellement, voilà deux questions auxquelles nous n'avons pas la prétention de répondre de façon complète, mais qui paraissent intéressantes à soulever et à étudier.

Depuis dix ans, les progrès rapides de la lutte antituberculeuse et de sa propagande, la multiplication des moyens de dépistage précoce de la tuberculose sous toutes ses formes, l'enrichissement de l'arsenal thérapeutique, nous permettent dans une certaine mesure de comprendre la diminution considérable des cas de péritonite tuberculeuse chez les sujets originaires de la région parisienne.

Et pour rappeler les principales formes cliniques actuelles de la Péritonite tuberculeuse, il faut s'adresser aux études récentes faites dans les grands centres héliomarins, par exemple, où il faut attendre huit ans, comme Messieurs ARMANET et FRUIT pour grouper 536 cas de péritonites tuberculeuses chez des femmes ou des jeunes filles. Ces études furent faites à l'Hôpital interdépartemental et à l'Institut Hélio-Marin de la plage d'Hyères et elles permirent à leurs auteurs de confirmer, du point de vue anatomo-clinique, les conceptions classiques.

Nous rappellerons brièvement les principaux tableaux cliniques de la péritonite tuberculeuse, puis nous donnerons nos quatre observations personnelles pour terminer par quelques remarques qui nous paraissent intéressantes à faire à ce sujet.

I.- ETUDE CLINIQUE.

Nous étudierons dans un premier temps les formes généralisées, les plus fréquentes, puis les formes localisées réalisant les périviscérités tuberculeuses.

FORMES GENERALISEES

Dans le cadre des formes généralisées, nous insisterons d'abord sur les formes ascitiques, en apparence primitives, qui sont les plus fréquentes puis nous envisagerons les autres formes généralisées sous l'angle évolutif parmi lesquelles nous soulignerons les formes chroniques.

- Formes ascitiques -

Les formes ascitiques sont classiquement les plus fréquentes. Le type en est la forme ascitique isolée, d'évolution chronique ou ascite essentielle des jeunes filles.

- L'ascite essentielle s'observe surtout dans le sexe féminin au voisinage de la puberté. Le début est insidieux, progressif, marqué par des troubles généraux (fébricule vespérale, amaigrissement, pâleur), des troubles digestifs discrets, des troubles génitaux précoces (dysménorrhée, aménorrhée). En quelques jours ou quelques semaines, les signes locaux se précisent. L'examen abdominal révèle d'abord un certain degré de météorisme, une certaine sensibilité au palper, sensibilité parfois diffuse mais surtout localisée en certaines régions, essentiellement les fosses iliaques, la région hypogastrique, le pelvis. Puis l'ascite apparaît, augmente progressivement, mais demeure en général modé-

rée et libre. A l'examen, l'abdomen pointe en obusier ; la peau, à son niveau est tendue, lisse, sans circulation veineuse collatérale. L'abdomen est rénitent, indolore. Il existe un signe du flot, traduisant le caractère libre de cette ascite. La percussion montre une matité prédominante aux parties déclives, mobile avec les déplacements de la malade. Sa limite supérieure, concave vers le haut, délimite une zone de météorisme péri-ombilical.

Il s'agit d'une ascite isolée, il n'y a pas de circulation veineuse collatérale, ni d'hémorroïdes ; le foie et la rate sont normaux ; il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs.

L'interrogatoire peut révéler un antécédent plus ou moins net de primo-infection dans les deux années qui ont précédé la maladie. Les examens complémentaires objectivent des faits essentiels :

- la cuti-réaction à la tuberculine est positive, souvent fortement ;

- la vitesse de sédimentation globulaire est accélérée ;

- on peut noter la cicatrice du complexe ganglion-pulmonaire sur les clichés thoraciques ;

- la ponction exploratrice ramènerait un liquide citrin, riche en fibrine et en albumine, riche en éléments cellulaires, de formule presque uniquement lymphocytaire. Il n'y a pas de bacilles de Koch à l'examen direct, mais le liquide tuberculise le cobaye.

L'évolution, suivie par les courbes de

température et de poids, des vitesses de sédimentation globulaire répétées, de fréquents examens notamment abdominal, pleuropulmonaire et péricardique, est en règle favorable et la guérison s'obtient au bout de quelques semaines à quelques mois. Elle est affirmée sur la constatation d'une apyrexie totale, stable ; sur la reprise d'un poids satisfaisant ; une vitesse de sédimentation normale, la disparition des signes locaux, l'ascite en particulier. Mais la convalescence sera longue et la surveillance prolongée et stricte. Ainsi, le plus souvent, la guérison est complète ; parfois, elle se fait au prix de séquelles : stérilité, brides péritonéales, à l'origine parfois d'occlusion intestinale pouvant survenir des années après la guérison. Bien plus rarement, l'évolution immédiate est défavorable. Sur le plan local, on peut assister à une augmentation de l'ascite qui devient intarissable ; à un enkystement de l'ascite, à un passage vers la forme ulcéro-caséeuse, voire fibro-adhésive. Sur le plan général, la dissémination est exceptionnelle réalisant une granulie typique, ou une méningite tuberculeuse.

o

A l'ascite peut s'associer une atteinte pleurale ou péricardique. Ces formes ascitiques associées à une pleurésie sont plus rares et d'évolution subaiguë.

La forme péritonéo-pleurale de Fernet-Boulland est classiquement la plus habituelle. Nous verrons qu'elle se rencontre encore fréquemment dans la métropole et chez le jeune Algérien. Elle se caractérise par l'apparition, huit à dix jours environ après la constitution de l'ascite,

de signes thoraciques : il s'agit d'un épanchement modéré, uni puis souvent bilatéral. L'évolution est marquée par l'alternance de poussées péritonéales et pleurales. Elle se fait en général vers la guérison. Cependant, il convient d'insister sur la relative fréquence d'une tuberculose post-pleurétique qui peut apparaître dans les cinq ans qui suivent la pleurésie.

o

Se distinguant de la précédente par la précession de l'atteinte pleurale, la forme péritonéopleurale d'Hutinel serait, pour ANNEVILLE, la plus fréquente.

o

Les formes associant péritonite, pleurésie et péricardite sont bien plus rares et frappent surtout l'enfant. En général, l'ascite et la pleurésie précèdent la péricardite. Le tableau constitué associe une ascite modérée, une pleurésie souvent gauche, quand elle est unilatérale, une péricardite souvent fruste. C'est dire l'intérêt de l'électro-cardiographie. Le pronostic est souvent grave. Sur le plan local, il faut insister sur les risques liés à l'atteinte péricardique, notamment la constitution de la péricardite constrictive avec le syndrome de Pick qui peut ne se révéler qu'au bout de quelques années. Sur le plan général, le danger de dissémination tuberculeuse est très grand.

o

Telles sont les principales formes ascitiques de l'affection. Les autres formes de

Péritonites tuberculeuses généralisées sont moins fréquentes.

Nous les classerons, sur le mode évolutif, en formes aiguës, subaiguës et chroniques.

- Formes aiguës généralisées. Parmi les formes aiguës généralisées, nous signalerons que dans la granulie, la péritonite n'est qu'un élément contingent du tableau clinique. Quant à la granulie péritonéale, elle est rare et frappe surtout la deuxième enfance : elle réalise un tableau d'appendicite aiguë et c'est l'intervention, souvent, qui fait le diagnostic en montrant les granulations péritonéales.

- Formes subaiguës généralisées : une forme subaiguë généralisée, en apparence primitive est à signaler : il s'agit de la forme anascitique de Armand Delille : c'est une forme rare qui s'observe chez la fillette au moment de la puberté. Le début peut être brutal, pseudo-appendiculaire ; il est le plus souvent progressif et pose le problème d'un état fébrile prolongé. A la période d'état, l'atteinte péritonéale se traduit par quelques douleurs abdominales associées à des troubles des règles et l'examen révèle un léger météorisme et une douleur à la décompression de l'abdomen. L'anamnèse, la positivité de la cutiréaction à la tuberculine apportent la confirmation de la nature tuberculeuse de l'affection. L'évolution est favorable en quelques mois.

- Formes chroniques généralisées : Parmi les formes chroniques, il faut envisager une forme caséifiante, franchement évolutive : la forme ulcéro-fibro-caséeuse ; une forme fibrosante, cicatricielle ou du moins à activité lente et fortement sclérogène : la forme fibro-adhésive.

Forme fibro-ulcéro-caséuse. La forme fibro-ulcéro-caséuse s'observe surtout chez l'adulte à une phase ordinairement avancée de la maladie. Elle est en règle secondaire à une tuberculose pulmonaire, intestinale ou génitale. L'apparition de la péritonite est annoncée par des signes généraux. L'état général s'altère ; la fièvre apparaît ou s'exagère, l'amaigrissement s'accroît et tous ces troubles ne sont pas expliqués par les lésions primitives. Certains signes digestifs caractéristiques comme les hémorragies intestinales sont rares. Il s'agit plus souvent de troubles digestifs à type de douleurs abdominales diffuses, d'alternance de diarrhée et de constipation. Il s'y associe quelques troubles des règles à type d'aménorrhée ou de dysménorrhée. Peu à peu se constitue le tableau clinique et l'examen physique, réduit au début à la découverte d'un simple météorisme abdominal, révèle bientôt un abdomen volumineux, ovalaire, asymétrique. La peau, à son niveau, est blafarde, oedématisée. Le palper superficiel révèle l'existence de froissements péritonéaux. Le palper profond met en évidence un empatement diffus, plus net au niveau de l'ombilic, des fosses iliaques. Cet empatement est réalisé par les "gâteaux péritonéaux" : masses caséuses bosselées, à contours irréguliers, de consistance inégale, séparées par des zones élastiques répondant aux anses intestinales. On perçoit plus superficiellement la corde épiploïque de Velpeau et Aran : masse dure, tendue transversalement, qui répond au grand épiploon rétracté. La percussion objective la classique matité en damier, fixe avec les positions du malade. L'examen radiologique de l'abdomen, pratiqué debout et sans préparation, montre des images de stase dans les anses grêles et des images

claires, images de météorisme.

L'évolution de cette forme est chronique : elle se fait par poussées. La guérison, classiquement, est rare. Elle est devenue plus fréquente depuis l'utilisation des antibiotiques. Elle reste cependant lente à obtenir. La mort reste néanmoins fréquente, par généralisation de la tuberculose, par suite de l'évolution rapidement défavorable de la tuberculose pulmonaire, par complication locale.

Forme fibro-adhésive : La forme fibro-adhésive est l'apanage de l'adulte et elle suit le plus souvent une forme ascitique ou ulcéro-caséeuse. Nous la verrons, dans une de nos observations, poser un difficile problème diagnostique, du fait de son apparition proche d'une pleurésie et d'un virage de cuti-réaction.

Dans la plupart des cas, au début, l'état général est bien conservé : mais les troubles digestifs marqués, traduisant la gêne du transit intestinal, finissent par l'affecter. La palpation d'un abdomen rétracté en bateau, permet de percevoir la masse intestinale sous forme d'un plastron immobile, plaqué sur le rachis. On perçoit nettement la corde épiploïque. L'évolution de cette forme est sévère. Les complications mécaniques sont fréquentes : l'occlusion intestinale aiguë est parfois révélatrice de l'affection. L'intervention en est souvent délicate et favorise le réveil évolutif de la maladie tuberculeuse. On peut assister à la compression du cholédoque, de la veine porte, de la veine cave inférieure. L'avenir de cette forme est grevé en plus par des complications moins fréquentes : caséification secondaire,

évolution rapide et défavorable de la tuberculose pulmonaire, cirrhose hépatique.

o

Dans le cadre des formes chroniques, on peut encore signaler la tuberculisation d'une ascite cirrhotique banale : elle a soulevé de multiples discussions. Nous retiendrons que cette tuberculisation péritonéale va souvent de pair avec les localisations pulmonaires tuberculeuses fréquemment observées à un stade avancé des cirrroses. Enfin, au cours d'une cirrhose cardio-tuberculeuse de l'enfant, l'ascite peut être strictement cirrhotique, mais elle peut être liée à une tuberculose péritonéale associée.

o°o

FORMES LOCALISEES

Les formes localisées sont fréquentes, mais souvent mal individualisées, leur symptomatologie n'ayant ordinairement rien de caractéristique. Nous citerons les principaux aspects revêtus par ces formes :

- Les formes appendiculaires sont le plus souvent reconnues à l'intervention devant les granulations péritonéales.

- La pelvipéritonite tuberculeuse de Duvergey : est la plus importante de ces formes localisées. En règle, elle suit une tuberculose génitale, prostatovésiculaire chez l'homme, une annexite tuberculeuse chez la femme. Dans sa forme aiguë elle prend l'aspect d'une salpingite aiguë à évolution grave. Dans sa forme chronique, la plus fréquente, elle se montre sous l'aspect d'une forme fibro-caséuse :

l'abdomen est ballonné, on note parfois un empatement diffus qui plonge dans le pelvis. Au toucher vaginal, les culs-de-sac sont effacés par une masse irrégulière, bosselée, de consistance en général pâteuse, qui immobilise l'utérus. L'évolution actuelle se fait vers la guérison de plus en plus fréquente au prix de séquelles : fibrose, stérilité surtout.

- Les périviscérités fibro-adhésives sont les plus fréquentes : il s'agit essentiellement de périgastrites avec, à l'examen radiologique, des déformations de l'estomac ; de périduodénites, donnant souvent des tableaux de sténose pylorique ; de périentérites localisées avec leur tableau d'entérite chronique banale et à l'examen radiologique, une agglutination de plusieurs anses intestinales ; de péricolites et de périnéphrites enfin.

- La péritonite encapsulante : est une péritonite fibreuse hyperplasique réalisant une énorme fausse membrane blanche, brillante, vernissée, qui enveloppe l'intestin grêle et même le côlon et l'estomac dans une sorte de sac. Elle se traduit par des troubles du transit. A la radiographie, l'estomac et le duodénum sont déplacés en haut et à droite. Elle évolue vers l'occlusion et le diagnostic n'est souvent porté qu'à l'intervention.

Telles sont les principales formes cliniques de la péritonite bacillaire classiquement décrites. Cependant dans leur étude actuelle relativement récente puisqu'elle se rapporte à ces dix dernières années, les auteurs lyonnais suscités insistent sur quelques points intéressants à signaler, dans le cadre de la péritonite

du sujet métropolitain.

- Parmi les 499 cas vérifiés par l'histopathologie, ont été notés 37 cas de péritonites péritonéo-pleurales de Fernet-Boulland, dans lesquels se sont succédés rapidement le virage de la cuti-réaction, l'ascite et la pleurésie.
- Les 37 cas notés comme "erreurs de diagnostic clinique" avaient tous une cuti-réaction négative alors que toutes les confirmations, grâce à l'intervention, de diagnostic, avaient une cuti franchement et nettement positive.
- Les principales causes d'erreurs de diagnostic étaient dans l'ordre : les tumeurs des ovaires, les annexites banales et les lésions gynécologiques en général, les appendicites (nous rappelons qu'il s'agit d'une étude faite sur des sujets de sexe féminin).
- Dans les formes d'ascite isolée, à l'origine de la péritonite bacillaire souvent fut retrouvée une lésion de l'appareil génital.

Nous ne pouvons faire état d'un aussi grand nombre d'observations : dans le Service de Monsieur le Professeur DEPARIS, à l'Hôpital de Bicêtre, nous n'avons relevé que quatre observations en trois ans : 1955-56-57.

II.- OBSERVATIONS.

Observation N° I -

Monsieur T... Belaïd, 21 ans, en France depuis 7 mois 1/2, est hospitalisé dans le service de Chirurgie de l'Hôpital de Bicêtre depuis le début du mois d'octobre 1956 pour une plaie de la cheville gauche.

Il s'agit d'une ancienne fracture de l'extrémité inférieure du péroné qui s'est infectée : il existe un oedème important de la cheville gauche mais l'articulation tibio-tarsienne est libre. Le cliché montre une clarté anormale sur le calcaneum. L'étude du pus de la plaie montre : "cocci Gram positif à sensibilité étendue". En conclusion, il s'agissait d'une ostéite probable.

Au cours de son séjour, le 20 décembre 1956, apparaît une douleur thoracique gauche. En même temps, la température, qui était aux environs de 38° a tendance à s'élever avec des clochers à 39°.

On décide alors de passer le malade dans un service de Médecine.

- Entrée dans le service de Médecine le 6 janvier 1957.

A l'entrée, au premier examen clinique, on note une matité de la base gauche tournant dans l'aisselle. A ce niveau, le murmure vésiculaire et les vibrations vocales sont nettement diminués. On ne note pas de râles.

A l'examen radioscopique : Pleurésie de la base gauche nette. Le cul-de-sac est libre ; les champs pulmonaires sont normaux.

On pratique une cuti-réaction à la tuberculine : elle est franchement positive.

La vitesse de sédimentation globulaire donne les chiffres suivants : 1ère heure : 13 mm - 2ème heure : 31 mm - 24ème heure : 90 mm.

La ponction exploratrice ramène un liquide citrin contenant 65 % de lymphocytes, 15 % de cellules épithéliales, 20 % de polynucléaires.

Le reste de l'examen clinique est sensiblement normal.

On met en oeuvre le traitement antituberculeux.

- Une semaine plus tard :

le 15 janvier 1957 . A l'examen clinique, notamment pulmonaire et pleural, on retrouve la matité de la base gauche, tournant dans l'aisselle, s'étendant sur trois travers de doigt. A ce niveau, les vibrations vocales sont diminuées. Il n'y a pas d'abolition du murmure vésiculaire, pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone.

La ponction exploratrice reste blanche.

A l'examen de l'expectoration, il n'y a pas de bacilles de Koch à l'examen après homogénéisation.

Un fait nouveau est apparu : A l'examen

de l'abdomen, on découvre une masse de l'hypocondre droit qui semble en continuité avec le bord inférieur du foie ; on en apprécie mal la limite inférieure. On retrouve la masse dans le flanc droit. Elle est de consistance dure. Elle est légèrement sensible à la palpation profonde et semble descendre au-dessous d'une horizontale passant par l'ombilic. Dans l'hypocondre gauche, on perçoit la rate à bout de doigts. Par ailleurs, l'abdomen est légèrement sensible dans son ensemble et semble augmenté de volume chez ce sujet maigre.

On pense à l'existence d'une lame d'ascite, mais la ponction exploratrice reste blanche.

Le reste de l'examen clinique montre :

- quelques lésions squameuses du cuir chevelu avec raréfaction des cheveux.

- quelques traces de cicatrices et de brûlures au membre inférieur droit.

Quant à l'articulation tibio-tarsienne gauche, la fistule à son niveau est fermée, l'articulation est mobile, mais douloureuse ; il existe un empatement des téguments de cette région.

On refait une cuti-réaction le 16 janvier 1957 : elle est phlycténulaire.

La Numération-Formule Sanguine est normale.

On demande un lavement baryté, le 23 janvier : on note que "la masse de l'hypocondre se projette sur l'angle colique droit et lui est antérieure".

On prend, alors, la décision d'envoyer le malade en Chirurgie pour laparoscopie.

Le compte rendu de la laparoscopie pratiquée le 24 janvier 1957 est le suivant :

"Malheureusement, l'accès de la tumeur est interdit par un barrage adhérentiel dense, transversal, allant de l'hypocondre gauche à l'hypocondre droit et réunissant péritoine pariétal et viscéral. Sur le péritoine pariétal, il existe des végétations nodulaires, non saignantes dont certaines sont grosses comme un noyau de cerise et qui n'ont pas l'aspect de granulations tuberculeuses.

On a l'impression d'un processus diffus: Hodgkin, Lympho-réticulosarcome ?"

Le malade est laissé au traitement antituberculeux initial et on suit l'évolution clinique par des examens répétés de l'abdomen.

2 mois après son entrée, à la fin février, on ne retrouve plus la masse de l'hypocondre droit. On décide néanmoins de le repasser en chirurgie pour laparotomie exploratrice (le 26 février 1957). Le résultat de l'examen histologique des ganglions prélevés revient le 8 mars 1957 : "L'examen des granulations péritonéales et des ganglions permet de reconnaître des lésions folliculaires qui ont la morphologie des lésions tuberculeuses traitées par les antibiotiques".

Le traitement antituberculeux fut institué dès le début des troubles thoraciques et le malade, depuis le 6 décembre 1956, a reçu :

- un flacon de 15 g de P.A.S. tous les jours.

- 5 comprimés d'Isoniazide tous les jours.
- 1 gramme de Streptomycine, un jour sur deux du 4 janvier au 25 février, puis du 25 mars au 3 mai, date de sortie.

En effet, le 3 mai, apyrétique, en bon état général et local, pesant 58 kg, alors qu'il ne pesait que 56 kg 500 à son entrée, le malade est dirigé sur Brévannes pour une longue convalescence.

En conclusion, il s'agit d'une forme pleuro-péritonéale de Hutinel chez un sujet de 21 ans, Nord-Africain, en France depuis 7 mois 1/2 avant sa première hospitalisation en chirurgie.

La primo-infection et la note pleurale ont été très vite individualisées.

Le caractère fibro-adhésif de la péritonite n'avait pas été reconnu lors des premiers examens. Et cela n'est pas pour nous étonner : La péritonite a suivi la pleurésie dans le délai très court d'une semaine. Et il s'agissait d'une forme fibro-adhésive qu'il n'est pas classique de voir si rapidement apparaître au cours de l'évolution d'une pleurésie.

°°°

Observation N° 2 -

Monsieur B... Saïd entre dans le service le 5 février 1956 pour un point de côté thoracique droit, apparu, il y a une huitaine de jours, et n'ayant pas cessé depuis.

Ce point de côté s'accompagne d'une fièvre élevée dont le début n'est pas précisé, d'une anorexie modérée, d'un amaigrissement dont on ne peut préciser l'importance.

Il s'agit d'un sujet de 22 ans, travailleur "à la chaîne" chez Citroën, depuis 9 mois en France.

A l'examen, il s'agit d'un sujet pesant 55 kg, pâle, paraissant fatigué. La température est élevée, oscillante, entre 39° et $39^{\circ}5$; on découvre une augmentation de volume de l'abdomen, apparue depuis 8 jours environ, sans douleurs particulières, sans troubles digestifs. L'abdomen est augmenté de volume de façon uniforme ; la peau est lisse, luisante ; il n'y a pas de circulation veineuse collatérale. A la palpation, on sent une résistance élastique, uniforme, indolore. A la percussion, on trouve une matité discrète, localisée aux flancs, à limite supérieure concave en haut à 7 ou 8 cm de l'ombilic. Le reste de l'abdomen est tympanique. Cette matité paraît mobile mais cette mobilité est difficile à apprécier. Le foie est de volume normal, non sensible ; la rate est percutable mais non palpable.

- L'examen pulmonaire : montre une matité de la base droite, peu importante en hauteur, surtout appréciable par comparaison avec le côté opposé. A l'auscultation, on note une diminution du murmure vésiculaire à la base droite et un léger degré de pectoriloquie aphone. On note quelques râles sous-crépitants à la base gauche.

- A l'exploration des aires ganglionnaires, on trouve quelques petits ganglions axillaires bilatéraux.

- Le reste de l'examen est normal.

On pratique quelques examens complémentaires :

- Une intradermoréaction à la tuberculine à 10 unités se montre modérément positive.

- Une ponction abdominale ramène facilement un liquide citrin contenant 68 % de lymphocytes, 28 % de polynucléaires, 12 % de cellules endothéliales, contenant 25 grammes d'albumine par litre. On ne trouve pas de Bacilles de Koch à l'examen direct.

- La radiographie pulmonaire montre un sommet droit mal dégagé : à la base droite, une opacité peu accentuée, floue, mal limitée avec comblement du cul-de-sac droit.

En conclusion : nous sommes en présence d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique, qui présente la particularité de s'accompagner d'une atteinte clinique de la plèvre. Mais il semble plus probable que l'image pulmonaire soit celle d'un chancre pulmonaire d'inoculation qui s'est accompagné d'une réaction pleurale passagère.

Le traitement fut le suivant :

On administra la streptomycine à la dose de 1 gramme par jour tous les jours pendant 20 jours puis 1 g par jour tous les deux jours pendant trois semaines. Puis on arrêta cette thérapeutique pendant 3 semaines.

En même temps que la streptomycine on a donné un flacon de P.A.S. tous les jours et 6 comprimés d'isoniazide tous les jours pendant 6 semaines.

- Le malade, le 3 avril 1956, au bout d'un mois, est dirigé sur Brévannes, apyrétique, ayant pris 2 kg, en bon état général.

Là, il est mis au traitement suivant :

Streptomycine	: 1 g	) tous les
P.A.S.	: 1 flacon	) 3 jours
Isoniazide	: 7 comprimés	tous les
		jours.

Quelques jours après son arrivée à Brévannes, on radiographie le thorax et on note que : la radiographie pulmonaire (7 avril 1956.) est normale.

- 2 mois plus tard :

Le 13 juin 1956, on note que le malade est en excellent état général, apyrétique ; l'examen montre que le tympanisme abdominal est nettement en régression. On relève une douleur à la palpation sur le trajet du côlon : on sent le côlon descendant spasmé en profondeur. Il n'y a pas de gâteau péritonéal. La radioscopie pratiquée à ce moment est strictement normale.

Le malade sort au mois d'août 1956, après un séjour de 5 mois, apyrétique, pesant 66 kg 300, avec un abdomen plat, légèrement sensible dans son ensemble.

o°o

Observation N° 3 -

Monsieur M..., âgé de 27 ans, en France depuis 7 mois, entre dans le service le 4 juin 1955 pour altération de l'état général avec toux et expectoration.

A son arrivée en France, le malade séjourne à Lyon, où il reste un mois et demi sans travail. Il est en excellente santé et pèse 72 kg.

En janvier 1955, apparaissent des frissons vespéraux avec sueurs nocturnes, la température oscille entre 37°5 et 38°. Son appétit diminue. Il maigrit progressivement et se fatigue rapidement ce qui le décide à se faire hospitaliser.

Hospitalisé à Lyon, à la fin du mois de janvier 1955, il pèse alors 61 kg. Au cours de cette hospitalisation apparaît brutalement, sans prodromes, sans point de côté, ni exagération des signes antérieurs, une vomique nummulaire: les crachats sont mucopurulents, inodores, non sanglants. Cette vomique est d'abondance moyenne et dure environ 12 jours. Le traitement comporte essentiellement des antibiotiques : Pénicilline 1 million d'unités par jour, Streptomycine 1 gramme par jour.

Tandis que la température subit peu de modifications, l'état général s'améliore peu à peu : l'appétit renaît, le poids augmente. Puis la fièvre diminue et le malade sort.

Il se porte assez bien jusqu'à son arrivée à Paris, fin avril, où, de nouveau, il se sent fiévreux, sans frissons, asthénique. Il maigrit de plus en plus. Il ne tousse pas, ne crache pas, mais il ressent une douleur de la fosse iliaque droite : il s'agit d'une douleur apparue progressivement, exagérée par l'extension du membre inférieur droit ; elle ne s'accompagne ni de nausées, ni de vomissements. Il n'y a pas de troubles digestifs si ce n'est au bout d'un mois, une diarrhée importante, 4 à 5 selles par 24 heures, liquides "comme de l'eau", non sanglantes, qui dure 48 heures puis disparaît, mais la douleur de la fosse iliaque droite persiste, rendant pénible la montée des escaliers. L'anorexie

augmente et dans les quatre à cinq jours précédant son admission, le malade souffre en outre de céphalées frontales précédant de peu une nouvelle vomique : Brutalement, au milieu de la journée, le malade rejette par la bouche et le nez une quantité modérée de pus, ayant les mêmes caractères qu'en janvier. Cette expectoration est plus modérée, mais d'odeur fétide depuis 48 heures. Il n'y a eu ni douleur thoracique, ni dyspnée, ni frissons dans les jours précédents.

Antécédents : Il s'agit d'un malade, originaire de la région de Constantine, pesant à son arrivée en France 72 kg. Il aurait eu 2 crises pouvant être du paludisme.

A l'examen, à son entrée le 4 juin 1955 : il s'agit d'un malade très amaigri (il pèse, à l'entrée, 54 kg). Il a les yeux cernés, le teint pâle. Son aspect général évoque une suppuration profonde.

A l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire : il n'y a pas de dyspnée, pas d'hippocratisme digital. La sonorité est normale dans toute l'étendue des champs pulmonaires. Les vibrations vocales passent normalement. L'auscultation découvre de gros râles bronchiques au niveau de la base gauche, plus nets après la toux.

L'appareil digestif : l'abdomen, non météorisé, est souple et respire normalement. La palpation réveille une douleur au point de Mac Burney. Cette douleur remonte le long du côlon droit. On perçoit quelques gargouillements, mais on ne retrouve aucune masse. Le foie ptosé déborde les côtes de quatre travers de doigts. La rate n'est pas palpable.

Quelques jours plus tard, on peut lire les résultats de quelques examens complémentaires :

- La radiographie pulmonaire montre "une image arrondie claire de la base gauche avec un niveau liquide".

- La vitesse de sédimentation globulaire est à 21 mm dans la première heure, 51 mm dans la deuxième heure, 107 mm dans la vingt quatrième heure.

- La formule sanguine montre 9.400 leucocytes avec 80 % de polynucléaires.

- L'examen de l'expectoration montre une flore microbienne assez abondante, variée avec prédominance de pneumocoques sensibles à la pénicilline, à la streptomycine, à la chloromycétine.

Le traitement est institué et consiste en 2 millions d'unités de Pénicilline par jour pendant 6 jours, puis adjonction de 1 gramme par jour de Streptomycine.

Deux semaines plus tard, on note une très grosse amélioration de l'état général. Le poids a augmenté de 5 kg 500. La toux a presque disparu. L'expectoration ramène deux ou trois crachats par jour. Mais la température demeure à 37°5, 37°8 et la douleur de la fosse iliaque droite persiste.

Le nouveau cliché pulmonaire ne montre qu'une image aréolaire de la base gauche.

Devant la persistance de la fièvre et de la douleur de la fosse iliaque droite, alors que s'améliorent très vite et très nettement les signes pulmonaires, cliniques

et radiologiques, on dirige le malade en chirurgie pour appendicectomie. Au cours de l'intervention, pratiquée le 2 août 1955, on trouve des lésions suspectes de tuberculose péritonéale et l'examen histologique répond : Tuberculose péritonéale au stade exsudatif.

Le malade est alors dirigé en Sanatorium où il reste 4 mois avec comme thérapeutique: le repos et 6 comprimés pro die d'isoniazide et il en ressort guéri.

°°

Observation N° 4 -

Mademoiselle G... Jacqueline, âgée de 18 ans, entre dans le service le 3 mai 1956, envoyée par l'hôpital Franco-Musulman pour : péritonite tuberculeuse découverte à l'examen histologique des pièces prélevées au cours d'une intervention pour appendicite.

Histoire de la maladie : Au mois de janvier 1955, on découvre le virage de la cuti-réaction de la malade au cours d'un examen systématique pratiqué dans son école de dactylographie. Une radiographie pulmonaire, demandée à cette époque ne révèle rien d'anormal, et la malade, quoique fatiguée, continue la poursuite de ses études.

Quatre mois plus tard, au mois de mai 1955, apparaît un érythème nouveau qui cède en 10 à 12 jours sans traitement. Depuis la malade est fatiguée et maigrit, sans que l'on puisse préciser l'importance de cet amaigrissement.

1 an plus tard, au mois d'avril 1956,

devant l'apparition et la persistance de douleurs dans la fosse iliaque droite, on intervient pour appendicectomie et on découvre une appendicite tuberculeuse .

Histo-diagnostic : Les multiples coupes intéressant transversalement cet appendice montrent que l'appendice lui-même est intact, avec une lumière un peu distendue par les concrétions stercorales ; mais la muqueuse, la sous-muqueuse et la musculuse sont dépourvues de lésions tuberculeuses ou autres. En revanche, la sous-séreuse et le méso sont occupés par les éléments évidents d'une péritonite tuberculeuse folliculaire miliaire. Ce sont de multiples petits nodules tuberculeux folliculaires élémentaires sans caséification :

Il s'agit d'une péritonite tuberculeuse périappendiculaire, sans lésions appendiculaires proprement dites.

A l'examen, à l'entrée : l'abdomen apparaissait souple à la palpation. On sent une masse dans la fosse iliaque droite qui semble très superficielle et en rapport avec la cicatrice d'appendicectomie. Le reste de l'examen est sensiblement normal.

Traitement : la malade est mise à un traitement comprenant :

Streptomycine	1 gramme par jour
Isoniazide	5 comprimés par jour

et après deux mois d'hospitalisation, où elle a reçu 43 grammes de streptomycine et 12,5 grammes d'isoniazide, en bon état général, apyrétique, ayant cependant perdu 1 kg 500, elle est dirigée le 26 juin 1956 vers l'Institut Hélió-Marin de Labennes (Landes).

A son arrivée à Labennes (juillet 1956), elle pèse 51 kg : sa vitesse de sédimentation est à 20 - 45 - et lors de l'examen radiologique d'entrée, on note : présence d'une masse opaque à la partie supérieure du médiastin ; les radiographies pulmonaires précédentes montraient une infiltration bilatérale des sommets. A droite, participation parenchymateuse juxta-hilaire qui paraît être de la même origine.

Au cours du 1er mois de séjour :

L'évolution de l'image radiologique nous montre que la deuxième radiographie donne les mêmes résultats que le précédent examen : les lésions du sommet paraissent inchangées par rapport aux radiographies apportées par la malade. L'image radiologique de mai semble correspondre, concluait-on, à une granulie dont le nettoyage est en constanté progression.

On décide de garder la malade tout l'hiver en interdisant les promenades et les séjours prolongés au soleil.

Et quatre mois plus tard : on trouve à l'examen radiologique un excellent nettoyage parenchymateux.

Le traitement :

En plus des conditions de cures déjà mentionnées, la malade a reçu

Streptomycine 1 gramme tous les jours,
Isoniazide n° 5 pendant cinq jours
à intervalles de cinq jours.

Ce, pendant trois mois.

Puis, uniquement l'isoniazide selon la même posologie jusqu'en mars 1957, date de sortie.

III.- REMARQUES.

De ces quatre observations, on peut noter:

- qu'il s'agit dans trois cas, de sujets jeunes entre 20 et 30 ans, originaires de l'Afrique du Nord, récemment transplantés en France, puisque les dates d'arrivée précèdent la péritonite de 6 à 9 mois. Le premier a fait une forme pleuropéritonéale d'Hutinel ; le second, une forme ascitique avec l'image d'un chancre pulmonaire à droite. Quant au troisième, il s'agit d'une découverte à l'intervention pour appendicectomie chez un sujet traité pour abcès du poumon.

o

Il est important de signaler d'emblée que les péritonites tuberculeuses ne se présentent pas tout à fait comme cela en Afrique du Nord.

- En premier lieu, elles sont bien plus fréquentes. Il a été possible de réunir en 2 ans, 1946-1948, quarante-sept observations de péritonites bacillaires dans un seul service de Clinique, en Alger.

- D'autre part, notamment chez les enfants autochtones algériens, la coexistence d'une péritonite bacillaire et d'une lésion bacillaire pulmonaire évidente est la règle.

Ceci s'oppose foncièrement aux travaux classiques en France.

- Pour les classiques, la péritonite tuberculeuse est certes toujours secondaire à une atteinte pulmonaire, mais celle-ci est le plus fréquemment inapparente et la péritonite apparaît comme cliniquement primitive.

BRODY, effectuant une enquête internationale sur la coexistence de la péritonite bacillaire et la tuberculose pulmonaire fut frappé du fait que "chez les péritonéaux, les lésions pulmonaires sont très rares" et il s'était demandé si la "Tuberculose péritonéale qui est une affection bacillaire locale relativement bénigne, ne conférerait pas dans la majorité des cas une immunité contre la tuberculose pulmonaire". Il envoya un questionnaire aux Sanatoriums exclusivement réservé aux pulmonaires et "la réponse unanime...est qu'il n'y a pas de péritonitiques parmi les tuberculeux pulmonaires".

NOBECOURT, dans ses "Cliniques Médicales des Enfants", exprime une opinion analogue.

David FRANKEL en 1947, dans sa thèse, "Quelques aspects cliniques de la péritonite tuberculeuse" concède que "Dans quelques cas rarissimes, d'ailleurs, on a pu constater la coexistence des péritonites tuberculeuses et de manifestations tuberculeuses".

En résumé, pour les classiques, en France, la péritonite tuberculeuse est le plus souvent, cliniquement primitive.

La conclusion des auteurs algériens est tout autre : "La péritonite des enfants indigènes est "cliniquement parlant" rarement primitive. En somme, si, classiquement,

on a l'habitude de considérer, d'après la clinique, les péritonites tuberculeuses comme le plus souvent primitives, étant bien entendu que les secondaires ne sont pas, loin de là, inconnues, on peut dire ici, que les secondaires sont les plus fréquentes de beaucoup et que celles qui paraissent primitives, ne le sont, en réalité, presque jamais."

C'est ainsi qu'en radiographiant systématiquement le thorax de leurs malades, ils trouvent toujours des signes dépassant la simple primo-infection.

- De volumineuses adénopathies trachéo-bronchiques avec des hiles surchargés et un épais chevelu bronchovasculaire irrégulier.

- Des complexes calcifiés, dans une forte proportion de cas et ces calcifications sont le produit d'une infection nette et prolongée.

Il s'agit, dans la majorité des cas, de primo-infection dont l'évolution n'est pas suspendue et que ces auteurs appellent "phase méta-primaire évolutive".

- Coexistant avec la péritonite bacillaire, les images pulmonaires correspondant à des lésions secondaires sont aussi très nombreuses. Elles sont à type d'opacités intéressant indifféremment une région quelconque des plages pulmonaires : ombres denses, homogènes ou floconneuses, accompagnées d'une réaction ganglionnaire au niveau du hile correspondant. Ces processus d'infiltration peuvent englober les scissures et réaliser des images triangulaires. "On trouve encore des travées de

sclérose, une tramite accentuée, des œdèmes congestifs".

En résumé, dans leur statistique, les auteurs rencontrent les péritonites :

- au cours d'une primo-infection pure dans 5 % des cas
- au cours d'une phase métaprimaire évolutive dans 45 % des cas
- en coexistence avec des lésions parenchymateuses dans 50 % des cas

La forme clinique des péritonites la plus fréquemment rencontrée est :

la forme ascitique	64 %
puis	
les polysérites	14 %
les formes anascitiques	11 %
les péritonites localisées	5 %
les péritonites caséeuses	3 %

Et dans le cadre de chacune de ces formes, la coexistence péritonite + atteinte pulmonaire est nettement fréquente.

Ainsi, alors qu'en France, la péritonite bacillaire est le plus souvent cliniquement primitive (cependant, en réalité, témoin d'une tuberculose latente), en Algérie, elle suit très fréquemment une primo-infection sévère ou elle témoigne d'une réinfection bacillaire.

Certes, un certain nombre de facteurs sociaux nous permettent de comprendre combien la contagion peut être massive, répétée. Les mauvaises conditions d'habitation, la sous-alimentation, les mauvaises conditions d'hygiène. Mais nous pensons qu'il faut aussi considérer la notion de terrain. Nous y revenons.

Dans l'étude des cas que nous avons rapportés, nous n'avons pas rencontré de coexistence de péritonite bacillaire et de tuberculose pulmonaire chez les trois sujets originaires de l'Afrique du Nord que nous avons observés. Il ne semble pas que l'on puisse opposer les trois péritonites des sujets transplantés à la péritonite de la jeune métropolitaine.

On aurait pu discuter, dans l'observation n° 2, de l'atteinte pleuro-pulmonaire. Mais l'opacité peu accentuée, floue, mal limitée, accompagnée du comblement du cul-de-sac droit, lue sur la graphie de la fin mars 1956, avait complètement disparu sur la radiographie du 7 avril 1956.

o

Il semble, en résumé, que nous assistons à la disparition progressive de la péritonite tuberculeuse chez l'autochtone de la Région Parisienne et, dans les services hospitaliers, ce sont les Nord-Africains, transplantés en France, qui sont atteints de cette affection, le plus fréquemment.

o

Dans le cadre de la maladie tuberculeuse, un certain nombre de caractères particuliers aux Nord-Africains, en ce qui concerne leurs conditions sociales d'existence et la tuberculose qui les atteint, furent bien mis en évidence dans l'étude médico-sociale de 810 cas de tuberculose constatés chez les Nord-Africains hospitalisés dans la Région Parisienne par Monsieur Pierre BOURGEOIS et collaborateurs. Nous en rappellerons les principaux points.

- La majorité des sujets originaires de l'Afrique du Nord, transplantés en France, ne sont pas des ouvriers qualifiés : ils sont manœuvres dans les entreprises de Travaux Publics ou travailleurs "à la chaîne" dans les usines de construction automobile (Citroën, Renault). Beaucoup d'entre eux sont souvent obligés de changer de travail et traversent de longues périodes de chômage.

- Beaucoup d'entre eux sont analphabètes.

- Plus de la moitié d'entre eux sont mariés en Afrique du Nord et sont obligés d'y envoyer chaque mois une somme importante, relativement à leur salaire, bien souvent insuffisant.

- Parmi les 810 sujets observés, l'immense majorité (521) venait de Kabylie alors qu'on ne trouvait que 2 % de Tunisiens et 6 % de Marocains.

- 1 sur 6 d'entre eux habite avec des coréligionnaires dans la même pièce et dans de très mauvaises conditions d'hygiène.

- Leur alimentation est essentiellement à base de pain, couscous, râteaux. Elle est nettement mal équilibrée avec beaucoup trop de glucides et de lipides par rapport au peu de protides qu'elle apporte.

- Enfin, les auteurs nous signalent que c'est habituellement 2 ans après leur arrivée dans la métropole qu'est reconnue et diagnostiquée la tuberculose des transplantés.

Si l'on admet facilement que leur tuberculose est souvent le résultat de conditions d'existence particulièrement pénibles,

il reste quand même que de nombreux cas de tuberculose surviennent dans l'année qui suit l'arrivée en France (1 cas sur 8).

Le changement de climat, de vie, de conditions de travail, ce changement assez brutal chez des sujets souvent peu armés pour s'adapter, favorise l'éclosion de ces tuberculoses d'adaptation. Parmi nos cas de transplantés, nous rappellerons que l'un d'entre eux resta longtemps en chômage et fut obligé de changer de ville pour trouver du travail. Un autre travaillait dans les usines "Citroën" et le travail "à la chaîne" est pratiquement inconnu en Afrique du Nord.

Cependant, il semble important, chez ces trois jeunes gens, entre 20 et 30 ans, en excellente santé apparente à leur arrivée en France, 6 à 9 mois avant le début de leurs troubles, de faire jouer un rôle important au terrain dans l'éclosion de leur tuberculose péritonéale.

o

Les péritonites tuberculeuses en Afrique du Nord coexistent avec des lésions parenchymateuses. En France, elles revêtent l'aspect décrit par les classiques mais touchent essentiellement les sujets Nord-Africains transplantés en France. On est tenté de croire qu'en ce qui concerne les péritonites tuberculeuses, le Nord-Africain parcourt "le chemin humoral qui dans la nuit des siècles écoulés a jadis été parcouru" (DUFOUR) par les autochtones de la Région Parisienne pour aboutir à l'"immunité qui... est très lente à acquérir et résulte d'interminables conflits qui durant des siècles, frappent les individus réceptifs de la race" (NICOLLE).

CONCLUSIONS

-:-

- Les péritonites tuberculeuses de l'adulte, dans leurs aspects cliniques si divers, étaient assez fréquentes il y a une vingtaine d'années.

- Depuis ces dernières années, le nombre des cas observés est beaucoup moins élevé chez les sujets métropolitains et en revanche, on observe assez fréquemment des cas de péritonites tuberculeuses chez les sujets originaires de l'Afrique du Nord. La mise en oeuvre des traitements modernes permet d'obtenir la guérison dans la plupart des cas.

Cette transformation pose l'intéressant problème des modalités évolutives de la tuberculose selon les populations.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : DEPARIS

Vu :
Le Doyen :
signé : BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

--

ARMANET M. et FRUIT G.

Réflexions sur une statistique de
536 cas de péritonites bacillaires
(chez des femmes ou des jeunes filles)
J. Med. Lyon 5 mars 1954 n° 820 201-
209

IMBERT S.

Tuberculose péritonéale
Lib. med. scient. et indust. Lyon
1954

KNAUSS H.

L'étiologie, le traitement et la
prophylaxie de la tuberculose du
péritoine
Med Klin. le 15 juillet 1955 50 N° 28
1167-1170

RAVERT L.

La péritonite tuberculeuse
Pratica Med. juin 1953 1 n° 6 34-38

SARROUY PROST et RUSTENHOLZ

Péritonite tuberculeuse et tubercu-
lose pulmonaire chez l'enfant indi-
gène algérien.
Algérie Med. juin-juillet 1949 n° 6
329-333

DELAFONTAINE P. DAMIENS et DIACHER

Remarques sur la tuberculose des
ouvriers indigènes Nord-Africains
travaillant dans la banlieue pari-
sienne
Sem. Hôp. Paris 6 janvier 1951 27
n° 2 89-92

DIACRE R.

La tuberculose chez les Nord-Africains à l'Hôpital St-Denis.

Thèse Paris le 18 mai 1949 n° 359

50 pages

Pierre BOURGEOIS, SORIA et BOUTALEB

Etude médico-sociale de 810 cas de tuberculose constatée chez les Nord-Africains hospitalisés dans la région parisienne.

Bull. Acad. Nat. Med. 20 déc. 1955

139 n° 33 34 35 610-613

MARGAIRAZ et PERELMAN R.

Péritonites tuberculeuses (formes cliniques, diagnostic, traitement)

Inter. Exter. août 1954 n° 88 p. 5 à

8

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

